



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Sykepleie til pasienter med hyperemesis gravidarum.
Nursing of patients with hyperemesis gravidarum.**

Elisabeth Angvik og Magnus Grydeland

Totalt antall sider inkludert forsiden: 55

Molde, 7/6-2011



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med hyperemesis gravidarum.

Tittel på engelsk: Nursing of patients with hyperemesis gravidarum.

Forfatter(e): Elisabeth Angvik og Magnus Grydland

Fagkode: SAE00 Sykepleie

Studiepoeng: 15

Årstall: 2011

Veileder: Ingeborg Ulvund

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 6/5-11

”Gravid. Denne kvalmen som
langsomt brer seg ut i meg. Gir
meg ikke annet valg enn seng og
knekkebrød med brunost. Vil ikke
noe lenger. Bare ligge i stabilt
sideleie til alt er over.”

(Holan og Hagtvedt 2010, 43)

Antall ord: 10838

Sammendrag

Bakgrunn: Svangerskapskvalme som blir så uttalt at den påvirker allmentilstanden med vedvarende kvalme og oppkast som fører til vekttap, ernæringsproblemer og væskeforstyrrelser defineres som hyperemesis gravidarum. Hyperemesis gravidarum rammer ca 0,5 – 2 % av alle gravide kvinner (Shobert 2010). Ubehandlet er tilstanden en alvorlig sykdom. (Holan og Hagtvedt, 2010).

Hensikt: Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke hva sykepleiere kan bidra med, for å bedre opplevelsen til kvinner med hyperemesis gravidarum.

Metode: Metoden som ble brukt var ett litteraturstudium basert på systematisk søk og kritisk vurdering av forskningsartikler innenfor tema og hensikt. Litteraturstudiets resultat er basert på funn fra 10 forskningsartikler; kvalitative og kvantitative.

Resultat: Kvinnene opplevde at de ikke ble trodd på av helsepersonell, og at det var uenighet om årsaken til hyperemesis gravidarum var fysisk eller psykisk. Kvinnene kunne bli psykisk syke som følge av tilstanden. Behandlingen av hyperemesis gravidarum har vært stabil der intravenøs væsketilførsel, antihistaminer og kvalmestillende medikamenter er mest brukt. Akupunktur er vist effektiv mot kvalme og oppkast.

Konklusjon: Litteraturstudien viste at en av de viktigste oppgavene som sykepleier i møte med kvinner som har hyperemesis gravidarum, er å tro på dem og deres symptomer, samt å ta tilstanden på alvor. Studien viste også at emnet bør forskes videre på.

Nøkkelord: Hyperemesis gravidarum, behandling, sykepleie, opplevelse og livskvalitet.

Abstract

Background: Nausea and vomiting in pregnancy that is so severe that it affects the general condition with persistent nausea and vomiting leading to weight loss, nutritional problems and fluid disturbances, is hyperemesis gravidarum. Hyperemesis gravidarum affects approximately 0,5 – 2 % of all pregnant women (Shobert 2010). Untreated, the condition is a serious disease (Holan and Hagtvedt 2010).

Aim/purpose: The aim of this literature study was to examine what nurses can contribute with, to improve the experience for women with hyperemesis gravidarum.

Method: The method that was used was a literature study based on systematic searches and critical analysis of research articles within theme and aim. The result of the literature study was based on findings from 10 research articles.

Results: The women felt that they were not believed by health professionals, and that there was disagreement about the cause of hyperemesis gravidarum was physically or mentally. The women may be mentally ill as a result of the condition. Treatment of hyperemesis gravidarum has been stable with intravenous fluids, antihistamines and antiemetic drugs are most used. Acupuncture is proven effective against nausea and vomiting.

Conclusion: The literature study showed that one of the most important tasks as a nurse in facing women who have hyperemesis gravidarum is to believe in them and their symptoms, and to take the condition seriously. The study showed also that the topic should be researched further.

Keywords: Hyperemesis gravidarum, treatment, nursing, experience and quality of life.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt	2
1.2 Problemstillinger	2
1.3 Avgrensninger	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Aktuell sykdom	3
2.1.1 Forekomst og symptomer	3
2.1.2 Årsak	3
2.1.3 Behandling	4
2.1.4 Alternativ behandling	5
2.1.5 Sykepleie	6
2.2 Mestring	6
3.0 Metodebeskrivelse	9
3.1 Datainnsamling	9
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.3 Kvalitetsvurdering	12
3.4 Analysing av data	13
3.5 Ethiske overveielser	14
4.0 Resultat	15
4.1 Opplevelse og følger av HG	15
4.2 Forholdet mellom helsepersonell og pasient	17
4.2.1 Årsaksoppfatning	17
4.2.2 Å bli trodd	17
4.3 Behandling av HG	18
4.4 Viktigheten av informasjon og forventninger til kvinnene	20
5.0 Diskusjon	23
5.1 Metodediskusjon	23
5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 Behandling av HG	25
5.2.2 Opplevelse og følger av HG	27
5.2.3 Forholdet mellom helsepersonell og pasient	28
5.2.4 Bekymringer som følge av HG	30
5.2.5 Pårørende til kvinner med HG	30
6.0 Konklusjon	33
7.0 Referanseliste	36

Vedlegg

Vedlegg 1 - Oversiktstabell over søkehistorie

Vedlegg 1 - Oversiktstabell over inkluderte artikler

1.0 INNLEDNING

Temaet vi har valgt å undersøke er sykepleie til pasienter med hyperemesis gravidarum. Kvalme og oppkast er et vanlig problem de første tre månedene av et svangerskap. Hos enkelte kvinner varer symptomene lengre, for noen hele svangerskapet, og blir noen ganger så uttalte at almenntilstanden svekkes (Ulvund 2008). Dette kalles hyperemesis gravidarum og rammer 0,5 – 2,0 % av alle gravide (Shobert 2010).

Tilstanden kan gi alvorlige konsekvenser for den fysiske helsen til både moren og det ufødte barnet. I tillegg kan den gi psykiske og sosial konsekvenser på kort og lang sikt for kvinnen, og kan påvirke relasjonene i parforholdet. Det er først og fremst sykepleiere som møter og behandler kvinnene mens de er innlagte i sykehus. Det er derfor viktig for sykepleiere å kjenne til denne tilstanden, og hva som kan gjøres for å dempe symptomene og bedre opplevelsen til kvinnene og par som rammes av dette (Ulvund 2008).

Medvirkende til valg av tema var at pensumlitteratur og annen tilgjengelig faglitteratur fokuserte lite på denne tilstanden og pasientgruppen, og at det i pensumlitteraturen står; ”Den vitenskapelige dokumentasjonen er imidlertid fortsatt mangelfull, og effekten ved hyperemesis er uavklart” (Ulvund, 2008, 695). Sykepleiere forventes å arbeide kunnskapsbasert og holde seg oppdatert og det ble et mål å undersøke om det var kommet nye og/eller avklarende kunnskap om temaet.

Kunnskap om hyperemesis gravidarum er nyttig for sykepleiere både nasjonalt og internasjonalt. Tilstanden finnes overalt, og symptomer og behandling diskuteres i internasjonal forskningslitteratur. I tillegg kan kunnskap om behandlingsmetoder for hyperemesis gravidarum gi overførbar kunnskap til å bruke på andre pasientgrupper som opplever kvalme og oppkast.

Sykepleiere kan møte pasientgruppen med hyperemesis gravidarum ved flere forskjellige avdelinger som gynekologisk avdeling, medisinsk-, gastroenterologisk-, føde/barselavdeling og (gynekologisk) poliklinikk. Etter telefonisk kontakt med flere av Norges store sykehus opplevde vi at sykepleiere kan ha mangelfull kunnskap om denne tilstanden, til og med at tilstanden kan virke som et ukjent fenomen for mange. Derfor mener vi det er viktig å undersøke denne tilstanden nærmere, og gjøre denne mer kjent for flere.

1.1 Hensikt

Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke hva sykepleiere kan bidra med, for å bedre opplevelsen til kvinner med hyperemesis gravidarum.

1.2 Problemstillinger

- Hvordan opplever kvinner det å ha hyperemesis gravidarum?
- Hvordan kan sykepleiere bidra for å bedre opplevelsen?
- Hva er behandlingen for kvinner med hyperemesis gravidarum?

1.3 Avgrensninger

Vi har valgt å avgrense oppgaven til at sykepleiere møter disse kvinnene på sykehuset, henvist fra fastlege til enten poliklinikk eller sengepost.

(Hyperemesis gravidarum blir videre i oppgaven forkortet til HG).

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Aktuell sykdom

Ca. 75 – 90 % av alle kvinner som blir gravid opplever, i noe variert grad, kvalme og oppkast i løpet av de 14 første ukene av ett svangerskap. 99 % opplever at kvalmen og oppkast starter i første trimester (Tan og Omar 2011). Dette blir kalt svangerskapskvalme og er helt normalt. Hos ca. 10 % kan kvalmen og oppkast vare helt opp til 20 uker. Blir kvalmen og oppkastingen derimot så alvorlig at den går ut over kvinnens allmenntilstand, kalles det ekstrem svangerskapskvalme. Ved HG kan opplevelsen av kvalme og oppkast vare gjennom hele svangerskapet. Ubehandlet kan denne tilstanden utvikles til en svært alvorlig sykdom med mulig dødelig utfall. ”Dersom kvinnens vekttap er mindre enn 5 % av vekten før hun ble gravid, er hovedregelen at hun behandles poliklinisk. Ved større vekttap anbefales innleggelse” (Ulvund 2008, s 695).

2.1.1 Forekomst og symptomer

HG rammer ca 0,5 – 2 % av alle gravide kvinner (Shobert 2010). Diagnosen blir stilt hvis kvinnen går igjennom alvorlig kvalme og oppkast som fører til at kvinnen står i fare for å bli dehydrert samt gå drastisk ned i vekt. Disse tilstandene kan så igjen føre til at kvinnen får elektrolyttforstyrrelser og metabolsk alkalose. For utviklingen av fosteret kan dette føre til betydelig risiko for uregelmessigheter, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og i verste tilfelle dødfødt barn (Shobert 2010). Når kvinner har HG opplever de sterk kvalme store deler av dagen, de kaster opp uten å nødvendigvis ha noe å kaste opp, de kan føle seg slapp med nedsatt allmenntilstand og de kan ha store problemer med å få i seg både mat og drikke. Kvinnene kan også oppleve at de blir deprimert og trist (Shobert 2010, Holan og Hagtvedt 2010, Ulvund 2008).

2.1.2 Årsak

Årsaken til at kvinner utvikler HG er enda ikke funnet, men temaer som stadig blir nevnt i forskning som mulige årsaker er hormonelle faktorer, bakterier, genetiske faktorer og psykologiske faktorer. Dette er ett område med mange uklarheter og det er behov for mer forskning for å kunne stadfeste dette (Tan og Omar 2011).

Gjennom forskning har *Helicobacter pylori* infeksjon vist seg som en mulig faktor i årsaken til HG. En fersk metaanalyse fra 2009 gjort av Sandven et al. viser en betydelig

assosiasjon mellom *Helicobacter pylori* infeksjon og HG. Men nyere studier sammenlignet med tidligere studier, viser i midlertidig at slike påstander er svake. Det er blitt debattert om *Helicobacter pylori* infeksjon bidrar til årsaken av HG eller om *Helicobacter pylori* infeksjonen kan assosieres med HG som følge av endrede følsomheter på øvre mage-tarmkanalen på grunn av effekten av HG (Tan og Omar 2011).

En nylig befolkningsstudie gjort i Norge gjennomført av Vikanes et. al i 2010, viser at morens genotype spiller inn i forholdet til fosterets genotype i utviklingen av HG. Kvinner som opplever at deres mor hadde HG da kvinnen selv var foster, har mye høyere risiko for selv å utvikle tilstanden når de blir gravide, enn for barnet hos menn som opplevde at deres egen mor gjennomgikk HG. Kvinner med HG kan påvirke første og andre grads slektninger, men ikke lengre ut i slekten (Tan og Omar 2011).

Flere forskere som blant annet Verberg et. al i 2005 har lagt fram teorier om at den psykologiske faktoren kan spille en rolle i årsaken til HG. De har lagt frem ulike hypoteser for at brekninger i svangerskapet kan ha en psykologisk opprinnelse.

På forklaringen for utviklingen av HG mener de at psykologiske faktorer som bl.a. avslag, konflikter, avhengighet, umodenhet og hysteri spiller en rolle (Tan og Omar 2011).

2.1.3 Behandling

Behandlingen av HG tar utgangspunkt i å skulle redusere og/eller fjerne kvalmen og oppkast. Altså å redusere symptomene, men ikke kurere årsaken da denne er ukjent. Dette kan gjøres farmakologisk ved å påvirke senteret i hjernen som styrer syresekresjonen og oppkast (Shobert 2010).

Mange mulige årsaker til HG er forsket på og nevnt, men enda ikke konstatert, og det brukes foreløpig mange forskjellige behandlingsmetoder, med variert effekt, for å behandle HG. Medikamentell behandling av gravide kvinner er og blir vanskelig da mesteparten av det moren får i seg, passerer placenta og kan påvirke det ufødte barnet. Derfor må en også være restriktiv med kvalmestillene (Holan og Hagtvedt 2010). Med tanke på det store omfanget av symptomer som kan være til stede eller dukke opp, bør behandlingen blir skreddersydd for hvert enkelt individ og deres symptomer (Shobert 2010). Selv om mange kvinner som opplever kvalme og oppkast i svangerskapet, ser på dette som en del av svangerskapet og aksepterer dette, og "bare" trenger en forsikring på at dette vil gå bra og som normalt, er det viktig å gjenkjenne og anerkjenne kvinnen. Hvis

symptomene har blitt en byrde, er det viktig å gi støtte og lindre dem for å forhindre ytterligere forverring av kvalmen og oppkast (Tan og Omar 2011).

Når pasientens HG er som mest aktiv, har mange av pasientene problemer med å svelge og beholde medikamentet/medikamentene oralt. Når denne administrasjonsmetoden ikke fungerer bør det vurderes en annen metode som egner pasienten bedre. Andre metoder som kan være aktuelle er; rektalt, subkutant, intramuskulært og intravenøst (Shobert 2010).

Hovedpunktene for behandling av HG er intravenøs behandling med væske og kvalmestillende medikamenter. Den foreløpige mest effektive behandlingen av kvalmen er rettet mot mekanismen som produserer magesyren eller forandringer blant neurotransmittere som normalt produseres i kroppen. Neurotransmitternes fokus for å oppnå kvalmestillende effekt er på å blokkere aktiviteten av histamin, acetylkolin, dopamin eller serotonin, fordi alle disse signalstoffene stimulerer den delen av hjernen som styrer oppkast (Shobert 2010).

I tillegg til farmakologisk behandling er tilleggsbehandling av vitaminer og mineraler nødvendig for utviklingen av fosteret (Tan og Omar 2011).

Pyridoksin (vitamin B6) og ingefærrot (Nesheim og Vikanes 2004) er alternative midler som har vist effekt ved svangerskapskvalme; det samme gjelder akupunktur og akupressur. Den vitenskaplige dokumentasjonen er imidlertid fortsatt mangelfull, og effekten ved hyperemesis er uavklart (Ulvund 2008, s.695).

2.1.4 Alternativ behandling

I følge Ulvund (2008) sies det at akupunktur, P6- akupressur og ingefær er alternativ behandling som kan være effektiv på svangerskapskvalme.

En undersøkelse (Ensiyeh og Sakineh 2009) hvor 70 kvinner deltok, viste at ingefær hadde bedre effekt mot å redusere kvalme enn Pyridoksin. Dette ble bekreftet av annen forskning gjort i samme år, hvor effekten av ingefær mot kvalme og oppkast i svangerskapet ble testet (Tan og Omar 2011).

2.1.5 Sykepleie

For at sykepleieren kan gi best mulig sykepleie til den enkelte pasient, er det viktig at sykepleieren blir inkludert som en del av behandlingsteamet. Dette for at sykepleieren skal kunne holde seg oppdatert om hvordan situasjonen hos pasienten er i forhold til bl.a. blodprøver, andre lab. prøver og lignende. Dette gjør at sykepleieren kan vurdere og observere pasientens og fosterets situasjon, og gi den best mulige sykepleien som pasienten trenger. Det er også sykepleieren som tilbringer mest tid inne hos og med pasienten, og lærer og kjenne pasienten best, så en annen viktig oppgave er å rapportere videre til legene om hvordan pasienten har det, om pasienten greier å innta mat eller væske og evt. mengden, daglig vekt og lignende. Dette kan legene ta stilling til ut i fra når de videre planlegger behandling og oppfølging av pasienten og fosteret. Det er også sykepleierens funksjon og oppgave å administrere medisiner, organisere og tilrettelegge for pasienten slik st det fremmer helse. Sykepleierens oppgave er også å tilby pasienten det pasienten har ønsker om, eller det som kan være til positiv innvirkning på pasientens situasjon. For at sykepleieren skal kunne bidra med dette, må sykepleieren sitte med kunnskap om selve diagnosen og hvilke komplikasjoner og utfordringer som kan dukke opp og komme, både fysisk og psykisk (Lamondy 2006).

De fleste av alle gravide kvinner som blir innlagt på grunn av HG, har pårørende som ønsker å vite hvordan deres kjæreste/samboer/ektefelle har det, og kanskje vil hjelpe til. Dette kan være vanskelig for pasienten selv å håndtere, og sykepleieren blir ofte nødt til å gripe inn i slike situasjoner. Da er det viktig at sykepleieren vet å håndtere pårørende i slike situasjoner og informere dem om situasjonen og hva som trengs fra pårørendes side (Lamondy 2006).

2.2 Mestring

”Mestring er det en gjør med det sammenbruddet av mening en opplever, og med de forandringene som skjer” (Reitan 2010, 78). Mestring består av ulike prosesser som personer benytter seg av i belastende situasjoner rettet mot å kontrollere både ytre og indre krav og konflikter. Mestring kan grovt sett deles inn i to måter å møte disse belastende livssituasjoner på: En kan enten se situasjonen i øynene og mobilisere indre og ytre ressurser for å møte den, eller en kan forsøke å fortrenge ubehaget eller skyve det unna ved hjelp av forskjellige forsvarsmekanismer (Reitan, 2010).

De indre ressurser består av:

- Personens evner og anlegg
- Selvstendighet
- Myndighet
- Kognitive ferdigheter
- Kunnskaper
- Livserfaringer
- Motivasjon
- Troen på egne krefter

De ytre ressursene omfatter:

- Familie og sosialt nettverk
- Utdanning
- Arbeid og økonomi
- Tilgjengelighet til helse- og omsorgstilbud
- Sosial støtte- og trygdeordninger

Når en sykdom inntreffer en person, skjer det alltid en endring i kroppen, fysisk og/eller psykisk. Av og til kan det være at disse forandringene er ønsket, mens andre ganger er de uønsket. Ved ønskede forandringer er situasjonen preget av at man har god kontroll og mestrer situasjonen, men når forandringen er uønsket vil det medføre vanskeligheter i å holde kontroll og bestemme selv. I noen tilfeller av sykdom så har pasienten det slik. Det kan være at pasienten får mindre tid til gjøre/innfri de rollene som er viktig for han/henne som f.eks. å være mor eller far, student eller arbeidstaker (Reitan 2010).

Mestring er viktig for kvinner med HG da de kanskje ikke har mulighet til å mestre dagliglivets gjøremål eller at de ikke lengre føler de mestrer det å gå gravid (Tveiten 2008).

Hvis pasienten opplever at forandringene skjer plutselig og uønsket, kan situasjonen pasienten havne i, være helt ny. Tidsaspektet for hvor lenge situasjonen vil vare, kan variere fra noen få dager til flere uker, måneder og år. I slike tilfeller, er det viktig at pasienten tilegner seg ny kunnskap og ferdigheter i forhold til sine forandringer. Dette gjør

at pasienten bedre mestrer måten å forholde seg på til sin nye situasjon og dens følger. Dette vil være med på å øke pasientens livskvalitet (Tveiten 2008).

For sykepleiere på en avdeling vil det å få inn en ny pasient, med uønskede forandringer hvor situasjonen er helt ny for pasienten, innebære at de må tilegne seg ny kunnskap, ny holdning og nye ferdigheter i forhold til deres handling ovenfor pasienten. Dette for at pasientens, og muligens pårørendes mestringskompetanse rundt situasjonen øker (Tveiten 2008).

3.0 Metodebeskrivelse

Hensikten med bacheloroppgaven var å vise evne til å vurdere sykepleiefaglige problemstillinger og aktuell forskningslitteratur. I retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie (2010) skulle vi planlegge og gjennomføre et arbeid i form av en systematisk litteraturstudie. Dette er noe som synes å være en passende metode for oppgaven, da en systematisk litteraturstudie gir forskningsresultater fra relevante studier om en problemstilling (www.kunnskapsbasertpraksis.no). Vi skulle også tilegne oss fordypningskunnskaper innen sykepleiefaget. Vi har søkt systematisk i databaser og kritisk vurdert utvalgt all relevant og ny forskning for å besvare vår oppgave ut ifra valgt tema, hensikt og problemstillinger.

3.1 Datainnsamling

Prosessen å søke etter forskning for litteraturstudie startet ved å fylle ut et PICO skjema. (P: person/problem, I: intervention, C: comparison, O: outcome) (se vedlegg 1) Et PICO skjema er en arbeidsmetode som deler opp spørsmålene våre slik at det blir strukturert på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al. 2007).

Etter det første søket som ble gjort for å vurdere om det var nok ny og relevant forskning på temaet, fikk vi en undervisningstime med bibliotekar ved skolen om hvordan å bruke PICO skjema, og hvordan søke systematisk i skolens databaser.

Det ble hovedsakelig anvendt databasene OVID (Medline, PsychInfo og British Nursing Index) og ProQuest via skolen sine internettsider for å finne forskningsartikler. Vi benyttet oss av disse databasene grunnet at de inneholdt artikler innen vårt felt; sykepleie, og hadde tilfredsstillende treff ved søk. Det ble også søkt i databasene Cochrane, SveMed+ og Norart, men fant ikke relevante eller nye artikler her.

Søkene ble utført ved å bruke engelske søkeord med trunkering. Ved å bruke trunkering sikrer vi at databasen får med seg alle endinger og variasjoner av et ord (Nortvedt et. al. 2007) (For eksempel ved å skrive "treat" med trunkeringstegn så søker databasen på "treat", "treating", "treatment" og så videre). Vi brukte trunkeringstegn i alle databasene hvor det var muligheter for det, og trunkeringstegnene "\$" og "*" ble brukt i henholdsvis OVID og ProQuest. Meshtegn ble også benyttet under søkeprosessen.

Oversikt over søkeord som ble brukt under søking i de forskjellige databasene

Søkeord: person/problem	Søkeord: intervention/outcome
Hyperemesis Gravidarum	Quality of life
	Manag\$ (manage, managing, management)
	Support\$ (Support, supportive, supporting)
	Psych\$ (Psychosocial, psychological, psychosomatic)
	Nutrition
	Improv\$ (Improve, improving, improvement, improves)
	Nausea
	Nurs\$ (Nurse, nursing, nurses)
	Treat\$ (Treat, treating, treatment)
	Acupuncture
	Alternative
	less vomiting/ less nausea/ less symptom

Det ble valgt å bruke ”advanced search” i databasene for å kunne kombinere søkeordene. Ble det brukt flere søkeord innenfor samme gruppe i PICO skjemaet (for eksempel P: person/problem) kombinerte vi disse med ”or”; for at artiklene skulle inneholde enten det ene eller det andre ordet i søket. Ble det brukt flere søkeord fra de forskjellige gruppene i PICO skjemaet (for eksempel ett søkeord fra P, og ett søkeord fra I) kombinerte vi disse med ”and” slik at artiklene skulle inneholde begge ordene i søket. (Nortvedt et al. 2007)

Hyperemesis gravidarum ble benyttet som hovedsøkeord fordi dette er problemet vi ønsket å undersøke. Hyperemesis gravidarum ble deretter kombinert med ett eller flere av de andre søkeordene ved bruk av ”and”. Vi utførte også søk med ”ekstrem svangerskapskvalme” som søkeord i databasene Norart og SveMed+, men da vi fant ut at det var lite forskning fra Skandinavia, valgte vi å fokusere på den medisinske termen av ordet i stedet; Hyperemesis gravidarum (Se vedlegg 1 for oversiktstabell over søketabell). I vedlegget for søkehistorie har vi valgt å kun skrive opp de søkene der de inkluderte artiklene våre ble tatt ifra. Vi har gjort flere søk i flere databaser som ikke er beskrevet i

tabellen, på bakgrunn av at vi ikke fant relevante artikler som ble inkludert i oppgaven. Ved flere søk ble det også funnet samme artikler i ulike databaser.

Referanselistene i de leste artiklene ble gått igjennom, for å mulig finne relevant forskning som kunne være aktuell å inkludere i oppgaven. Det ble derimot ikke inkludert noen artikler fra referanselistene da enten biblioteket ved Høgskolen i Molde ikke hadde mulighet til å få tilsendt kopi av artikkelen eller så var de for gamle.

Avgrensninger som årstall, artikkeltype og språk i databasene ble benyttet, der ble det da spesielt søkt etter artikler nyere enn fra 2000, artikler som ikke var review-artikler siden denne typen artikler ikke kan inkluderes i oppgaven som resultat og artikler som var på enten norsk, svensk, dansk eller engelsk. Da vi ikke fikk over 400 antall artikler ved bruk av avgrensningene, ble resten av søkene gjort uten avgrensninger i tilfelle det kunne være relevante artikler som var noen år for gamle, men som kunne bli inkludert likevel hvis de besvarte vår oppgave godt. Ved å ikke bruke avgrensninger om artikkeltype fikk vi muligheten til å spesielt se på review-artikler for å inkludere de i teoribakgrunnen i oppgaven. Søk ved kun å benytte ”hyperemesis gravidarum” som søkeord, ble også gjort for deretter å lese gjennom alle titlene på artiklene som hadde søkeordet i teksten da vi ikke fikk så mange treff på artikler ved de søkene der vi kombinerte flere søkeord. Avgrensningene ble gjort for å begrense antall artikler til de som kun var relevant for vår hensikt, problemstillinger og inklusjonskriterier.

Da vi hadde skrevet ferdig ett søk med de søkeordene som vi ønsket, ble først alle titlene på artiklene som var resultatet av søket lest gjennom, og hvis vi leste titler som var relevante, leste vi også abstraktet på artikkelen. Abstraktet er et sammendrag på hensikten, metoden, resultatet og konklusjonen av artikkelen. De artiklene vi var usikre på, ut ifra om de var relevant i forhold til titlene, leste vi også gjennom abstraktet. For vi opplevde at det ikke nødvendigvis var samsvar mellom tittelen på artikkelen og innholdet. Dersom artikkelen ikke hadde sammendrag ble den lest gjennom for å kunne vurdere om artikkelen var relevant for studien. De fleste av artiklene var publisert i ”full text”, noe som betydde at vi kunne lese hele artikkelen i databasen eller skrive den ut direkte, mens andre som kun hadde abstraktet ute i databasen måtte vi bestille via biblioteket ved Høgskolen i Molde; BIBSYS. Når artikkelen ble bestilt, fikk vi beskjed om å komme og hente den fra to dager til en uke etter at artikkelen ble bestilt.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det var ønske om først å ekskludere artikler som var eldre enn fem år, men vi besluttet å benytte artikler fra 2000 til nåtid, for å sikre at vi fant nok relevante artikler. Artikkene vi inkluderte skulle være norske, engelske, svenske eller danske da det var disse språkene vi behersket. Vi ønsket både kvalitative og kvantitative artikler som skulle være av god eller meget god kvalitet. Likevel ble det inkludert en artikkel med lav kvalitet.

Grunnen for ønske om både kvalitative og kvantitative artikler var på bakgrunn av at kvalitative artikler kunne gi oss svar på hvordan kvinnene opplevde det å ha HG, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å bedre opplevelsen. Mens de kvantitative artikkene kunne gi oss svar på behandlingen av HG. Publiseringnivået i artikkene skulle være til nivå 1 eller 2, og artikkene skulle være etisk godkjent av en komité.

3.3 Kvalitetsvurdering

Vi vurderte alle våre artikler ved bruk av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (www.kunnskapssenteret.no). Dette for å sikre at våre utvalgte forskningsartikler var av god kvalitet. Vi leste begge gjennom artikkene for å bestemme om de var relevante for vår hensikt, og ble enige om at de skulle gå videre til kvalitetsbedømming. Vi tok kopier av alle artikkene slik at begge to hadde ett eksemplar av hver artikkel. Vi bedømte artikkene etter sjekklisterne hver for oss, deretter møttes vi for å diskutere resultatet av kvalitetsbedømmingen. Vi regnet deretter ut om artikkene vi hadde kvalitetsbedømt var av meget god kvalitet, god kvalitet eller av lav kvalitet. Utrekningen ble gjort basert på informasjon fra undervisning (Julnes og Grønvik 2010). Da vi møttes for å gå igjennom resultatene fra kvalitetsbedømmingen, var vi ikke alltid enige ved alle spørsmål i skjemaene. Vi diskuterte deretter hvorfor vi hadde bedømt slik som vi hadde, og kom deretter frem til en enighet. Vi var aldri så uenige at det var spørsmål om vi skulle inkludere eller ekskludere en artikkel på bakgrunn av forskjellige bedømminger.

Ifølge undervisningsmaterialet fra Julnes og Grønvik (2010) skal hvert spørsmål i sjekklisten besvares med ja, uklart eller nei. Det gis deretter ett poeng for hvert positivt svar og null poeng ved uklart eller negativt svar.

Poengsummen omregnes til %. Prosentsummen avgjør grad av kvalitet.

Grad 1: 80 – 100 % = meget god kvalitet

Grad 2: 70 – 79 % = god kvalitet

Grad 3: 60 – 69 % = lav kvalitet

Vi vurderte 3 til meget god, 6 til god og 1 til lav kvalitet.

Artiklenes publiseringsnivå ble funnet ut ved å gå inn på Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste sine nettsider (www.nsd.no 2) og skrev da inn tidsskriftet artikkelen ble publisert i, valgte deretter hvilket år artikkelen var publisert, og fikk da opp til hvilken grad tidsskriftet var vurdert til. Enten ble de vurdert til grad 1 som kjennetegner ordinære vitenskapelige publiseringskanaler, eller grad 2 som kjennetegner kanaler med høyest internasjonal prestisje (www.nsd.no 1). Alle artiklene er vurdert til enten grad 1 eller grad 2.

3.4 Analysering av data

Da analyseringen av data fra de inkluderte artiklene skulle begynne, vurderte vi hvilken strategi for analyse vi skulle benytte for å få en god struktur på denne prosessen. Vi benyttet oss av retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie (2010) i kombinasjon med *editing analysis style* (som ofte kalles datastyrt analyse) der enheter i teksten blir identifisert og danner grunnlaget for utvikling av databaserte kategorier, som videre brukes til å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet kommer tydelig frem (Malterud 2003).

Alle resultatene i artiklene ble streket under med blyant for at resultatene skulle bli mer tydelige. Hvis vi var usikre på betydningen av ord eller setninger i resultatene ble det brukt engelsk-norsk ordbok. Da dette var gjort skrev vi inn resultatene i ett worddokument, alle artiklene hver for seg. Under hele prosessen fokuserte vi på hensikten og problemstillingene for å inkludere resultater som var relevante for oppgaven. Vi skrev ut og gikk gjennom dokumentet med resultatene fra alle artiklene, der hensikten var å finne temaer som kom frem av resultatene. Temaene ble så skrevet opp på et eget ark, og vi så nå at mange av temaene var i samme sjanger, og dermed reduserte vi antall temaer. Vi kom frem til 4 temaer som vi skulle systematisere resultatene innenfor. Vi ga resultatene innefor de forskjellige temaene hver sin farge, og vi gikk systematisk gjennom hver artikkel og fargela resultatene i henhold til hvilket tema de tilhørte.

Resultat som hadde lik farge ble samlet på egne ark for og lettere ha oversikt over like funn i de forskjellige artiklene som senere skulle bli til et sammendrag i resultatdelen av oppgaven. Det var flere resultat som kunne høre til under samme tema, derfor ble temaene forandret noe underveis for å konkretisere hva slags resultat som hørte til hvilket tema. Dette arbeidet ble gjort sammen for å ha muligheten til å diskutere eventuelle uenigheter der og da.

Våre hovedtema som kom frem fra resultatene var: opplevelse og følger av å ha HG, forholdet mellom helsepersonell og pasient, behandling av HG og viktigheten av informasjon og forventningene til kvinnen. Disse ble satt i en naturlig rekkefølge da tema som besvarte hensikt naturlig kom først, siden hensikten er overordnet, og tema som besvarte problemstillinger er underordnet.

3.5 Etiske overveielser

Studiens artikler skulle være etisk godkjent av en komité, noe som 9 av 10 artikler var. Dette kom frem i selve artiklene. I artikler der spesifikke pasienter ble omhandlet, ble pasientene anonymisert, og i de fleste artiklene som er basert på en spørreundersøkelse, fremgår det at pasientene ble spurt om de ville delta. Personer som vil delta i en undersøkelse står fritt til å velge om han eller hun ønsker å delta. Det skal understrekes at personen har rett til å trekke seg fra deltagelsen når som helst. Når deltageren sier seg villig til å være med i en undersøkelse og har forstått hva det innebærer gir pasienten informert frivillig samtykke (Dalland 2004).

4.0 Resultat

Resultat bygger på funn fra 10 artikler, der seks er kvalitative og fire er kvantitative. Resultatanalysen resulterte i fire temaer som blir presentert hver for seg i dette kapitlet.

4.1 Opplevelse og følger av HG

Et gjennomgående funn er at kvinner med HG opplever at tilstanden blir dominerende i hverdagen og tar kontroll over livet. For mange medførte symptomene at de ikke kunne arbeide eller ta seg av daglige gjøremål som å kle seg og stelle seg selv (Power, Thompson og Waterman 2010 og Poursharif et al. 2008). Kvinner uttrykte at hvis de kunne opprettholdt noe slags kontroll over symptomene og dermed over livet sitt, så var symptomene mer håndterlige. Mange av kvinnene som ble lagt inn på sykehus opplevde det som at en syklus med kvalme, oppkast og dehydrering endelig ble brutt og at de fikk mulighet til å gjenoppta litt av kontrollen over symptomene (Poursharif et al. 2008).

”I was depressed and bedridden for 20 weeks. I wanted to die” (Poursharif et al. 2008, 177). I en studie der 808 kvinner deltok oppga 82,6 % at de hadde opplevd negative forandringer i livet som følge av HG. 8 % hadde opplevd vanskeligheter på jobb og mange hadde hatt behov for sykemelding. Noen rapporterte at de mistet jobbene sine fordi de var innlagt på sykehus over lengre tid. Flere kvinner opplevde at sykefraværet og innleggelsene fikk økonomiske konsekvenser (Poursharif et al. 2008).

HG medførte flere ulike typer bekymringer. Mange kvinner var nervøse og engstelige for effekten av symptomene HG kunne ha på deres egen helse, for det ufødte barnet og hvilke konsekvenser HG kunne ha for resten av familien. Konsekvensene ble beskrevet som tapt lønn, mistet jobb, behov for hjelp til å stelle seg, hjelp til husarbeid og barn som måtte tas hånd om av andre. Kvinner som ikke var i stand til å ivareta barna, uttrykte uro når barna måtte passes av mange forskjellige barnepassere (Munch 2000 og Power, Thompson og Waterman 2010).

Flere kvinner oppga å ha depressive symptomer og hadde problemer med å opprettholde håp om bedring og ha håp for fremtiden (Power, Thompson og Waterman 2010 og Poursharif et al. 2008). Kvinner med HG oppga gjennomgående at de opplevde lavere livskvalitet enn kvinner med vanlig svangerskapskvalme og asymptomatiske svangerskap.

Men HG er ikke nødvendigvis hovedårsaken til lav livskvalitet hos alle som opplever dette, depresjon og sivilstand kan være like viktige bidragsyttere (Munch et al. 2011).

Det ble rapportert om langsiktige ettervirkninger etter å ha hatt HG. Dette kunne være svært langsom bedring av fysisk styrke etter fødsel, frykt for kvalme, fortsettende depresjon, angst og tristhet. Flere opplevde også posttraumatisk stresslidelse og selvmordstanker. Sosial isolasjon og ekteskapelige problemstillinger ble også nevnt. For flere kvinner resulterte tilstanden i skilsmisse. I studien til Poursharif et al. (2008) oppgav 76 % (n=808) av kvinnene at de endret sine planer for fremtidige graviditeter. Noen utviklet en frykt for å bli gravid, og noen utviklet en frykt for å ha sex på grunn av redselen for å bli gravid – og igjen få HG. Flere brukte adopsjon eller surrogatmor for å nå sine mål for familien (Poursharif et al. 2008).

For de som gikk i støttegrupper/terapi både under- og etter graviditeten oppfattet dette som positivt, men flere av kvinnene hadde ønsket at terapien hadde startet tidligere (Munch 2002).

There have been plenty of times when my husband has walked into the house and seen me on the couch sobbing with a bucket and just dry heaves, and he has turned around and walked right out of the house. It is very trying when they see us in such agony with no relief (Poursharif et al. 2008, 178).

Oppkast som medfører at etsende mageinnhold kommer i kontakt med tenner kombinert med økt spyttsekresjon førte til at kvinner med HG var utsatt for dårlig tannhelse også etter svangerskapet. For mange vedvarte den økte spyttsekresjonen etter fødselen (Goodwin et al. 2000, Poursharif et al. 2008).

4.2 Forholdet mellom helsepersonell og pasient

Gjennomgående temaer som kom frem fra studiene og som var viktig for kvinnene som ble innlagt på grunn av HG, var å bli trodd på og oppfatningen av hva årsaken til HG var.

4.2.1 Uenighet om årsak

Det kom frem av artiklene at det var uenighet blant både helsepersonell og de deltagende kvinnene angående hva de trodde årsaken til HG var, og forskning gjort av Munch (2000), Munch (2002), Munch og Schmitz (2006) og Power, Thompson og Waterman (2010) viser at kvinner som hadde helsepersonell med samme oppfatning som pasienten selv, om hva årsaken til HG kunne være, hadde ett bedre forhold til helsepersonellet enn dem som hadde helsepersonell som trodde at årsaken til HG "bare satt i hodet".

Mange kvinner viste misnøye med helsepersonellet hvis helsepersonellet mente at HG var forårsaket av psykologiske faktorer hos kvinnen. De følte da skuffelse, forvirring og sinne (Munch 2002). Funn fra Munch (2000), viste at 93 av de 96 respondentene i artikkelen uttrykte at de ikke var fornøyde med at legen deres uttrykte at grunnen til HG var psykisk betinget. Resultat fra forskning gjort av Poursharif et al. (2008) viste at 63 av 808 kvinner uttalte seg om at deres helsepersonell sa at pasientens HG bare var "i hodet" eller at de "fant det opp".

Tidsaspektet på forholdet mellom lege og pasient spilte en rolle for om pasienten var fornøyd med hjelpen de fikk. Jo lengre forhold, jo større mulighet var det for at legene tok situasjonen mer alvorlig. Pasienter som fikk ha det samme helsepersonellet gjennom hele prosessen viste seg å kunne være positivt for kvinnene (Munch og Schmitz 2006).

4.2.2 Å ikke bli trodd

Basert på funn fra Munch (2000) var tilfredsheten med helsepersonellet som behandlet kvinnene, sterkt assosiert med om helsepersonellet trodde på kvinnen og at det ble stilt riktig diagnose. Når diagnosen ble stilt, ble både pasienten og tilstanden tatt alvorlig.

Flere studier viste funn om at kvinner med HG "sliter" med å bli trodd på. Å ikke bli trodd ga kvinnene minsket selvtillit, sinne og følte frustrasjon i forhold til at kvinnen visste at noe var galt med henne, og at det hun opplevde ikke bare var vanlig svangerskapskvalme. Dataene viste også at kvinnen ble sykere enn nødvendig for å være sikker på å bli tatt

alvorlig – og forhåpentligvis få medisinsk behandling. Dette kan man se i forhold til resultat fra studiene som sier at mange av respondentene mente at diagnosen skulle bli funnet tidligere, og at legene bagatelliserte symptomene i flere uker før de satte diagnosen (Munch 2000, 2002 og Poursharif et al. 2008).

”When I called to say that I was vomiting uncontrollably, and had lost 9 pounds in 1 week, she said that is pregnancy – deal with it”(Poursharif et al. 2008 179).

You’re pregnant, and this is a part of being pregnant. Some women get sick, and you need to deal with it” (Munch 2000, 543).

Data fra Poursharif et al. (2008) viste at kvinner som hadde helsepersonell som var følelsesmessig kald eller ikke klar over alvorlighetsgraden av symptomene, hadde nesten dobbelt så stor sjanse for å få psykologiske følgetilstander.

Både kvinner i studien til Power, Thompson og Waterman (2010) og Munch (2000) rapporterte at deres behandling vanligvis forbedret seg og ble satt i gang tidligere ved senere svangerskap, selv med det samme helsepersonellet, da de nå var i stand til å gjenkjenne alvorligheten av tilstanden til kvinnen. Resultat fra studien til Munch (2002) viser til at hvis helsepersonell forsto kvinnenes erfaringer og opplevelser ved å ha HG, så kunne behandlingen ha startet raskere.

4.3 Behandlingstiltak

Ifølge studien til Goodwin et al. (2008) så har behandlingen av HG vært ganske stabil i løpet av de siste to tiårene. Intravenøs væsketilførsel og allergimedikamenter har vært de vanligste medisinske behandlingalternativene. Sengeleie, alternativ behandling, kostforandringer, serotoninhemmere og vitaminer er også vanlige alternativer for behandling brukt. Munch et al. (2011) og Goodwin et al. (2008) sier i sin studier at ved å kun behandle kvinnens fysiske symptomer med for eksempel kvalmestillende medikamenter, og ikke tilby følelsesmessig og psykososial støtte kan være mindre enn optimal omsorg. Kvinnene i studien til Power, Thompson og Waterman (2010) rapporterte at det var lite som hjalp på å bedre symptomene, men intravenøs rehydrering og kvalmestillende hjalp hos noen kvinner.

Det kom frem i studien til Goodwin et al. (2008) at behandlingsmetodene var noe forskjellige i forhold til hvilket land kvinnen oppholdt seg i, dette både grunnet tilgjengelighet, ekspertise og pris.

Ifølge studien til Goodwin et al. (2008) har behandlinger som parenteral- og enteral ernæring, antihistaminer og psykologisk terapi som støttegrupper har økt frem til 2005. I følge Munch (2002) kan støttegrupper være viktig for både kvinnene og familiene deres, da denne tilstanden er en stor psykisk utfordring. I Goodwins studie (2008) kom det frem av resultatene at 50 % av de deltagende kvinnene hadde god effekt med å redusere symptomene med bruk av antihistaminer.

Kvinnene i studien til Poursharif et al. (2008) rapporterte at tidlig behandling hjalp på å redusere symptomer, selv om det kom frem i studien til Munch (2000) at det kunne ta lang tid før behandlingen ble satt i gang grunnet at legen ikke trodde på dem, eller at kvinnene selv ventet med å gå til lege fordi de var redde for å ikke bli trodd.

Det kom frem av studien til Goodwin et al. (2008) at 67 % av kvinnene med HG i USA, og 90 % av kvinnene med samme tilstand i UK ble ikke foreskrevet vitaminer under den kritiske perioden for fosterutvikling.

Studien til Holmgren et al. (2008) tar for seg bruken av behandlingsmetodene PICC-linje (kateter satt inn i en perifer vene i en ekstremitet som går til superior vena cava) og nasogastrisk/nasoduodenalsonde. Flere studier (Folk et al. 2001, Holmgren et al. 2008 og Goodwin 2008) kom frem til at bruk av PICC-linje og TPN (totalparenteral ernæring) som behandling kan føre til alvorlige komplikasjoner som fosterdød, sepsis, trombose, lungebetennelse, akutt nyresvikt og hjertetamponade, derfor bør bruk av PICC-linje og TPN vurderes nøye og helst unngås. Nasogastrisk- og nasoduodenalsonde kan heller brukes, da som supplerende bruk for administrasjon av væske og medikamenter.

Alternativ behandling; akupunktur er noe Carlsson et al. (2000) tar for seg i sin studie. Bruk av akupunktur viste en signifikant raskere reduksjon av både kvalme og oppkast i forhold til bruk av placebo akupunktur. Dette resultatet blir støttet av studien til Goodwin (2008) som sier at akupunktur kan ha effekt, og har ikke vist at det har noen bivirkning.

4.4 Viktigheten av informasjon og forventninger til kvinnene

I følge Munch et al. (2011) er det behov for at helsepersonell sprer informasjon om svangerskapskvalme til familie, venner og ansatte som er i rundt kvinner med denne tilstanden slik at de kan gi den emosjonelle og praktiske støtten som er nødvendig for å minske noe av byrden ved å ha svangerskapskvalme og HG. Munch et al. (2011) kommer også frem til i sin studie at de fysiske og psykiske symptomene ved svangerskapskvalme trolig er påvirket av kvaliteten på støtte fra kvinnenens partner og/eller ektefelle og at mangel på støtte i løpet av graviditeten kan forverre både fysiske og psykiske symptomer. Derfor er det spesielt viktig at disse personene får informasjon om tilstanden. Dette er også noe Poursharif et al. (2008) skriver i sin studie; i behandlingen av disse kvinnene, bør pårørende være klar over alvorligheten og mangfoldet i de psykososiale aspektene ved HG. Dette understreker også viktigheten av informasjon til pårørende rundt kvinner med HG.

Funnene fra studien til Power, Thompson og Waterman (2010) viser at HG påvirker ikke bare kvinnens liv i stor grad, men også hennes familie og arbeidsplass. Funn fra samme studie kom også frem til at det kan være umulig for kvinnen å gjøre daglige gjøremål grunnet sin tilstand, selv om dette er forventet av henne. Også ifølge Munch (2002) kom det frem av resultatene at forventningene til kvinner som har HG kan være urealistiske. Det ble forventet av noen kvinner at de skulle fortsette livene sine med rollen som kone, mor, husmor og ansatt, disse urealistiske forventningene kan komme fra at mange mener at graviditet ikke er en sykdom, og selv om dette er en sunn holdning, så kan det skape en ubegrunnet byrde på kvinnene som lider av tilstanden.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vises studentenes evne til å kritisk vurdere. Diskusjonen skal inneholde både drøfting av søkestrategien (metodediskusjon) og drøfting av resultatet fra litteraturstudien (resultatdiskusjon). Vi har derfor valgt å dele opp diskusjonen i metode- og resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

Her diskuteres litteraturstudiens fremgangsmåte. Styrke og svakheter ved søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse diskuteres.

Hensikt og problemstillinger har blitt forandret flere ganger i løpet av arbeidet med metodedelen av oppgaven, dette grunnet at vi som forfattere av oppgaven har fått ny kunnskap om hvordan formulere og snevre inn både hensikt og problemstillinger for og både lette arbeidet for oss selv og hvordan komme frem til best mulig resultat fra artiklene.

Søkestrategien ble utarbeidet etter hvert i prosessen, etter støtte fra retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie (2010) og i samråd med veileder og andre studenter.

Databasene OVID (Medline, PsychInfo og British Nursing Index) og ProQuest ble anvendt i søkestrategien. Disse databasene fikk vi tilgang til via skolens internettsider. Vi mener at vi fant nok relevant og ny forskning på bakgrunn av kvalitet og relevans for å svare på vår hensikt og problemstillinger. Det ble også gjennomført søk i Databasene Cochrane, Norart og SveMed+ men fant ingen relevante- eller nye artikler i disse databasene. Flere av artikler som var resultat fra søk vi hadde gjennomført i enten OVID(Medline, PsychInfo og British Nursing Index) eller ProQuest fikk vi også som resultat fra søk som ble gjennomført i den motsatte databasen. Dette kan tyde på både at det er lite forskning på dette temaet, og at vi har gjort et systematisk søk og kommet frem all relevant og ny forskning vedrørende sykepleie til pasienter med hyperemesis gravidarum.

Før søkene ble gjennomført arbeidet vi oss frem til inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det ble opprinnelig ønsket å ekskludere artikler som var eldre enn fem år, da vi ønsket å få mest mulig nyere forskning. Etter hvert i søkeprosessen så vi oss nødt til å utvide kriteriet til forskning fra år 2000 og til nåtid, dette fordi det er begrenset med nyere forskning innenfor vårt tema. Dette mener vi er en styrke for oppgaven fordi at vi både har

helt ny- og litt eldre forskning som gir oss sine resultater på samme tema. Vi kan da sammenligne og se på både likheter og ulikheter forskning på vårt tema i løpet av et tiår har kommet frem til.

Fire artikler som var eldre enn 2005 ble inkludert med trygghet på at vi ikke hadde mulighet til å finne nyere eller mer relevant forskning som viste nyere eller andre resultat. Vi fant tidlig ut at det var begrenset med forskning innenfor vårt tema, men vi mener at vi har svart på vår hensikt og problemstillinger basert på all relevant og ny forskning som vi hadde mulighet til å komme frem til. Det har blitt lest mange review-artikler angående dette temaet, og selv om det ikke kan benyttes i oppgaven, understøtter de våre resultater. Derfor er vi trygge på at vår oppgave blir godt besvart på bakgrunn av de utvalgte forskningsartiklene.

Det var ønske om å inkludere artikler som var enten, norsk, svensk, dansk eller engelsk, da dette var språk som ble behersket. En styrke ved dette er at vi har valgt og kun å inkludere artikler på språk som vi behersket. Ved og kun å inkludere disse språkene kan vi ha unngått relevante artikler som har blitt publisert på et fremmed språk som vi ikke behersket. De inkluderte artiklene stammer fra USA, England og Sverige. En styrke ved at artiklene stammer fra flere land er at man får funn fra ulike land og kulturer som kan gi oss flere variasjoner i pasienterfaringene og behandlingsmetodene.

Vi leste igjennom referanselister fra artikler som vi hadde mulighet til å lese, for å finne relevante artikler som vi kunne inkludere i vår oppgave. Selv om ingen artikler fra denne metoden ble inkludert anser vi likevel dette som en styrke, da vi hadde mulighet for å finne ny og relevant forskning.

Vi er klar over at det kan være forskjeller fra landene artiklene er fra, og til Norge både i forhold til tilgjengelighet på medisiner, utdanning av helsepersonell og forsikringsregler; da det kommer frem artikler at forsikringen ikke dekker sykehusoppholdet og/eller behandlingen. For de kvinnene i Norge som har arbeidet har rett på- og mottar svangerskapspengene, men for de kvinnene som ikke har arbeidet, eller ikke har arbeid har ikke rett på svangerskapspengene (www.nav.no). Derfor er det økonomiske aspektet ved denne tilstanden viktig, og burde blitt mer satt fokus på.

Da vi søkte i databasene benyttet vi oss både av "and" og/eller "or" for å snevre inn søket, og vi søkte kun ved bruk av "hyperemesis gravidarum". Dette gjorde at vi kunne ha

mulighet til å se gjennom bare svært relevante artikler, men også lese gjennom alle artikler som hadde "hyperemesis gravidarum" i artikkelteksten. Dette anser vi som en styrke for vår oppgave, da vi ikke hadde kunnet overse mulige relevante artikkel.

Da en interessant artikkel som det var ønske om å se nærmere på ble funnet, ble abstraktet til artikkelen lest gjennom, hvis det var mulig. Noen artikler hadde blitt publisert i databasen i fulltekst, så disse kunne vi lese gjennom med en gang. Andre måtte vi bestille gjennom skolens bibliotek. Vi fikk da kopi av artikkelen enten gjennom vår skole, eller en annen skole/bibliotek i Norge som hadde artikkelen i sitt arkiv. Det var noen av artiklene som vi ønsket å bestille som ikke var tilgjengelige i noen norske bibliotek, derfor ble de ikke bestilt av høgskolens bibliotek. Om dette kunne ha endret resultatet i oppgaven, er usikkert. Likevel mener vi at de inkluderte artiklene svarer på hensikten og problemstillingene tilfredsstillende.

Kvalitative og kvantitative artikler ønsket å bli inkludert som skulle være av god eller meget god kvalitet. Vi analyserte og kvalitetsbedømte artiklene hver for oss, for å så komme frem til et endelig resultat sammen. Dette ser vi på som en styrke, da vi ikke kunne bli påvirket av hverandre, men likevel kunne diskutere eventuelle uenigheter sammen. Artiklene skulle være av publiseringsnivå 1 eller 2 og etisk godkjent av en komité. Det kom frem i teksten til 9 av 10 artikler at de hadde blitt etisk godkjent, og dette fortalte oss at artiklene hadde blitt kvalitetssikret - noe som vi mener bidro til større troverdighet til resultatet som ble presentert i artiklene.

Av de inkluderte artiklene ble en bedømt til lav kvalitet, seks til god kvalitet og tre til meget god kvalitet. Sjekklistene for kvalitetsbedømming fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble brukt da disse ble presentert ved en anledning i undervisning og vi ble anbefalt disse av veileder. Det er en styrke for oppgaven at sjekklistene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble anvendt, spesielt siden disse er på norsk. Dette mener vi øker sannsynligheten for at vi har bedømt artiklene riktig i forhold til sjekklistene.

Selv om en av artiklene ble bedømt til lav kvalitet, valgte vi likevel å inkludere den. Det er mulighet for feilaktig kvalitetsbedømming da vi hadde to artikler som var effektstudier, og disse fant vi ikke passende kvalitetsbedømmingsskjema til. Etter samtale med veileder valgte vi å kvalitetsbedømme artiklene som var effektstudier med

kvalitetsbedømmingsskjema tilhørende RCT-studier. Dette påvirket resultatet av kvalitetsbedømmingen av effektstudieartiklene negativt da flere av spørsmålene i skjemaet ikke kunne bli brukt, da de ikke passet til forskningsdesignet. Vi valgte likevel å inkludere disse artiklene, da resultatene i studiene styrket oppgaven.

Flere av artiklene har samme forfatter, og flere av forfatterne er med i mer enn 1 artikkel. Dette kan være en svakhet for vår oppgave, da synspunktene til forfatterne kan komme frem i artiklene, men siden artiklene er gjennomgått kvalitetsbedømming og er blitt inkludert, så mener vi at artiklene tilfører noe positivt til oppgavens hensikt og problemstillinger.

I forhold til at vi brukte forskjellige farger for å systematisere resultatene fra artiklene, ser vi på som en styrke for oppgaven. Dette førte til at relevante resultat ble samlet i forhold til tema, og dette gjorde at det var lettere å holde orden og at det ble vanskeligere å overse noen resultat.

5.2 Resultatdiskusjon

Her diskuteres studiens funn oppimot studiens hensikt og problemstilling(er), teoribakgrunn og relevant forskning. Vi har valgt å dele inn resultatdiskusjonen i tema, hovedsakelig basert på resultattemaene.

5.2.1 Behandling av HG

Goodwin et al. (2008) sier at behandlingen av HG har vært stabil i løpet av de siste 2 tiårene. Dette er et overraskende resultat med tanke på at Ulvund (2008) sier at effekten ved de forskjellige behandlingene for HG er uavklart. Man skulle da tro at behandlingsalternativene skulle ha forandret/oppdatert seg når både pensumlitteratur og forskning (Goodwin et al. 2008 og Power, Thompson og Waterman 2010) sier at det er få av de vanligste behandlingsalternativene som har effekt. Intravenøs væsketilførsel, kvalmestillende og allergimedikamenter har vært de vanligste medisinske behandlingsalternativene. Sengeleie, alternativ behandling, kostforandringer, serotoninhemmere og vitaminer er også alternativer for behandling (Goodwin et al. 2008, Shobert 2010 og Ulvund 2008).

Shobert (2010) sier at behandlingen av HG tar utgangspunkt i å skulle redusere og/eller fjerne kvalmen og oppkast med kvalmestillende medikamenter, selv om effekten av kvalmestillende medikamenter er begrenset ifølge Goodwin et al. (2008). Det brukes foreløpig mange forskjellige behandlingsmetoder, med variert effekt, for å behandle HG. (Shobert 2010). Det er knyttet risiko i forhold til behandling av gravide, da det meste av det kvinnen får i seg passerer placenta og kan påvirke det ufødte barnet (Holan og Hagtvedt 2010).

Alternativ behandling blir mer populært og P6-akupressur, akupunktur og ingefær er behandlinger som har vist effekt ifølge både Ulvund (2010), Tan og Omar (2011), Carlsson et al. (2000), Goodwin (2008) og Ensiyeh og Sakineh (2009). Disse studiene viser at disse behandlingsmetodene reduserer kvalme og oppkast og har ikke vist at det har noen bivirkninger.

Å kun behandle kvinnens fysiske symptomer og ikke tilby følelsesmessig og psykososial støtte kan være mindre enn optimal omsorg (Munch et al. 2011), selv om hovedfokuset er på medikamentell behandling i flere av de utvalgte studiene. Støttegrupper kan være viktig hjelpemiddel for å forebygge og behandle for psykiske senkomplikasjoner ifølge både

Goodwin et al. (2008), Tan og Omar (2011) og Ulvund (2008). Flere av kvinnene i Poursharif et al. (2008) benyttet seg av støttegrupper både under- og etter graviditeten, og de fleste av disse kvinnene hadde ønsket at terapien hadde startet tidligere. Det kan derfor være et tiltak for sykepleiere å starte støttegrupper, og gi kvinner som både kommer til polikliniske timer og ved innleggelser på sykehus muligheten til at man opplever at andre er i samme situasjon, noe som kan bidra til fellesskapsfølelse og samhørighet og til alminneliggjøring av eventuelle problemer (Tveiten 2008). Dette kan være til støtte både for de berørte kvinnene og deres familier da denne tilstanden er en stor psykisk utfordring (Munch 2002).

Både Tan og Omar (2011) og Ulvund (2008) sier at tilleggsbehandling av vitaminer og mineraler er nødvendig for utviklingen av fosteret, mens i studien til Goodwin et al. (2008) kom det frem at flertallet av kvinnene med HG i USA og UK ikke ble foreskrevet vitaminer under den kritiske perioden for fosterutvikling. Holan og Hagtvedt (2010) sier at gravide trenger mer vitaminer enn ellers, men dette kan dekkes gjennom et riktig og balansert kosthold. Man kan bare anta at kvinner med HG ikke klarer å opprettholde et balansert kosthold gjennom svangerskapet. Man kan se manglende foreskrivning av vitaminer i forhold til resultater fra Goodwin et al. (2008) der allmennleger kan synes at å behandle HG er over deres felt for ekspertise. Det er i slike tilfeller at helsepersonell må tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter for at deres kompetanse rundt tilstanden øker (Tveiten 2008).

Studiene til Goodwin et al. (2008), Holmgren et al. (2008) og Folk et al. (2001) kom frem til at bruk av parenteral ernæring og da spesielt PICC-linje som behandlingsalternativ bør unngås da det kan føre til alvorlige og potensielt fatale konsekvenser for både barn og mor. Dette finner vi underlig da det også kommer frem i studien til Goodwin et al. (2008) at bruk av parenteral ernæring som behandling har økt frem til 2005. Disse snevre resultatene kan komme av manglende mulighet til å forske på gravide kvinner, da dette er forbundet med høy risiko for både mor og barn.

5.2.2 Opplevelse og følger av HG

Ett funn som går igjen i flere av studiens artikler (Power, Thompson og Waterman 2010 og Poursharif et al. 2008), er at mange kvinner opplevde depressive tanker som følge av HG, både før og etter svangerskapet, og de følte seg hjelpeløse når symptomene dominerte og kontrollerte livene deres. Kvinnene hadde vært deprimerte tidligere, men fikk depresjon som følge av å ha HG. Dette er et funn fra nyere dato som konstaterer det Ulvund (2008) skrev; at kvinner med HG kan være nedstemte og slitne. Det er derfor viktig at sykepleiere forklarer for kvinnen at dette er en forbigående tilstand, og motivere henne til at hun kommer seg igjennom dette og at det gjelder å holde ut. At det er viktig for pasienten å ha noe og se frem til – at målet er synlig, og motivere for å komme seg gjennom er noe vi har erfart fra praksis (Mæland 2005).

Mange av kvinnene mistet kontrollen over livet; de klarte verken å stelle seg eller kle på seg, og kunne ikke arbeide. Dette gjenspeilet seg i funnene fra Poursharif et al. (2008) hvor kvinnen følte seg elendige uten noe håp for fremtiden.

Ved ønskede forandringer i hverdagen er situasjonen preget av at man har god kontroll og mestrer situasjonen, men når forandringen er uønsket vil det medføre vanskeligheter i å ha kontroll og bestemme selv (Reitan 2010). Av studiens artikler kommer det klart frem at pasientenes behov for hjelp og tilrettelegging med daglige gjøremål, er stort. Som sykepleier er det derfor viktig å hjelpe pasienten ved å tilrettelegge slik at følelsen av å mestre daglige gjøremål styrkes. Gjennom en samtale får man kartlagt pasientens situasjon og behov, og kan ut ifra dette utarbeide en videre plan i samarbeid med pasienten. For pasienten er det viktig å kunne delta i en slik planlegging slik at følelse av kontroll og mestring styrkes. Mange pasienter ønsker å være aktivt med på å ta avgjørelser om sin egen pleie og behandling. Det som da er viktig, er at pasienten forstår det som skal skje. Han får da muligheten til å akseptere eller avslå (Dahl, Heggdal og Standal 2005).

Holan og Hagtvedt (2010) skriver at den vanlige svangerskapskvalmen påvirker kvinnens livskvalitet både i daglige aktiviteter og i yrkeslivet, men dette blir ikke beskrevet i forhold til HG. I forhold til HG viste resultatet fra studien til Munch et al. (2011) at det ikke nødvendigvis var HG som var hovedårsaken til lav livskvalitet, men at depresjon og sivilstand kunne være like viktige bidragsyttere. Resultatene viste at kvinner med HG opplevde lavere livskvalitet enn kvinner med vanlig svangerskapskvalme, og asymptotiske svangerskap. Bekymrende funn fra Poursharif et al. (2008) viser at kvinner ikke bare kan lide av depresjon, men også av psykiske følgetilstander som

posttraumatisk stress lidelse, sosial isolasjon og selvmordstanker som følge av HG. Dette eksemplet konstaterer hvor alvorlig HG kan være, og at dette er en tilstand som kan få alvorlige konsekvenser og må tas på alvor.

5.2.3 Forholdet mellom helsepersonell og pasient

For at sykepleieren kan gi best mulig sykepleie til hver enkelt pasient, er det viktig at sykepleieren blir inkludert som en del av behandlingsteamet som består av blant annet hjelpepleiere, sykepleiere, jordmødre, gynekologer, ernæringsfysiologer, leger, fysioterapeuter og sosionomer (Lamondy 2006). Av behandlingsteamet er det sykepleieren som tilbringer mest tid i avdelingen sammen med pasienten. Det er dermed sykepleieren som har de beste forutsetningene for å lære seg å kjenne pasienten. Det kommer frem av Ulvund (2010) at det er gunstig for sykepleiere å følge opp kvinnen både ved behandling poliklinisk og ved innleggelse.

Kvinner rapporterte i studien til Munch og Schmitz (2006) at de var mer fornøyd med hjelpen de fikk hvis forholdet mellom pasient og helsepersonell var konstant og varig. Dette gjorde at de slapp å forklare situasjonen sin og hvordan de hadde det, for hver gang de fikk nytt helsepersonell å forholde seg til. Sykepleiere kan bidra til at forholdet til disse kvinnene og helsepersonellet blir konstant og positivt ved å tildele hver kvinne med HG som kommer inn til sykehuset en primærkontakt. Dette gjør at kvinnen har én person å forholde seg til og kan da føle at hun blir både tatt vare på og tatt på alvor (Ulvund 2008). Men det holder ikke bare at sykepleieren kan knytte et godt bånd til pasienten. For at sykepleieren skal kunne gi best mulig pleie og behandling er det nødvendig at sykepleieren har kunnskap om denne tilstanden, om dens komplikasjoner og utfordringer som kan komme til å dukke opp; både fysisk og psykisk (Lamondy 2006). Holan og Hagtvedt (2010) og Munch (2002) støtter opp for viktigheten av at helsearbeidere, medisin- og sykepleiestudenter trenger utdanning om både fysiske og psykiske aspekter ved denne tilstanden.

Når en ny pasient kommer inn på sykehuset er det viktig at han får en følelse av trygghet og at han blir tatt vare på. Derfor er det viktig at sykepleiere bør tilegne seg ny kunnskap, ny holdning og nye ferdigheter i forhold til deres handling ovenfor pasienten. Dette kan styrke både pasientens, pårørendes og sykepleiernes mestrings- og trygghetsfølelse rundt situasjonen (Tveiten 2008).

Ved å bedre forstå kvinnenes erfaringer og opplevelser ved å ha HG, kan helsepersonellet rundt kvinnen gripe inn tidligere slik at en diagnose blir tidlig stilt og behandlingen startet raskere og muligheten for å få mer effektiv behandling økes (Holan og Hagtvedt 2010). Det synes å være samsvar mellom teori og forskning, da deltagende kvinner i studiene til Poursharif et al. (2008) og Munch (2002) rapporterte at tidlig og rask oppstart av behandling hjalp på å redusere symptomene. Oppsiktsvekkende kommer det likevel frem fra en tidligere studie fra Munch (2000) at kvinnene kunne vente lengre enn nødvendig noe som gjorde dem dårligere, før de søkte om legehjelp fordi de var redde for ikke å bli trodd. Dette stemte overens med resultatene fra flere studier der kvinner ytret at kvinner med HG har større problemer med å bli trodd på av helsepersonellet og det da kunne ta lang tid før behandlingen ble satt i gang (Munch 2000 og 2002 og Poursharif et al. 2008).

Uenigheten blant helsepersonell og pasient er et gjennomgående tema som dukker opp i flere av artiklene. Uenigheten handler om det å bli trodd på i forhold til hva årsaken til HG er. 93 av de 96 deltagende kvinnene i studien til Munch (2000) uttrykte at de ikke var fornøyde med helsepersonellet deres, da kvinnenes sykdomssituasjon ikke ble tatt på alvor, og helsepersonellet mente at årsaken til HG var psykisk betinget. Kvinnene ble skuffet, forvirret, mistet selvtilliten og hadde ikke tro på seg selv etter at helsepersonell gjentatte ganger hadde sagt at tilstanden "bare var i hodet" eller at de "fant det opp" (Munch 2002 og Poursharif et al. 2008). Motsatt viste forskning gjort av Munch og Schmitz (2006) at kvinner som hadde helsepersonell med samme oppfatning som dem selv angående hva årsaken til HG var, var mer tilfreds med pleien, og de hadde et bedre forhold til helsepersonellet. Det er viktig at sykepleiere poengterer for kvinnen at tilstanden ikke er noe kvinnen selv har skyld i. Dette for at kvinnen ikke skal bebreide seg selv for å ha forårsaket tilstanden.

Konklusjonen fra studien til Munch (2002) viser til at hvis helsepersonell hadde forstått kvinnenes erfaringer og opplevelse ved å ha HG, så kunne behandlingen ha startet raskere, og unødvendig lidelse hos disse kvinnene som hadde HG, kunne ha vært unngått. Her ser vi igjen nødvendigheten av å ha kunnskap om sykdommen og ta den på alvor. Dette erfarte vi da vi foretok en rekke telefonsamtaler til noen av Norges største sykehus (St. Olav i Trondheim, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, Haukeland Universitetssykehus i Bergen og Universitetssykehuset i Oslo) der det kom frem at kunnskapen blant det spurte helsepersonellet om HG er manglende. Ingen av de spurte

hadde direkte kjennskap om HG, og en av de spurte ga uttrykk for at ekstrem svangerskapskvalme ikke varte lenger enn til 16. svangerskapsuke.

Kvinner fra flere studier rapporterte at deres behandling vanligvis forbedret seg og ble satt i gang tidligere ved senere svangerskap, selv med det samme helsepersonellet, da de nå var i stand til å gjenkjenne alvorligheten av tilstanden og det ble øyeblikkelig satte i gang behandlingstiltak (Power, Thompson og Waterman 2010 og Munch 2002).

5.2.4 Bekymringer som følge av HG

Kvinner med HG er plaget med bekymringer for både seg selv og deres ufødte barn grunnet alvorligheten av tilstanden, viser Poursharif et al. (2008), Munch (2002) og Power, Thompson og Waterman (2010). Shobert (2010) sier at HG kan føre til betydelig risiko for fosterets utvikling, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og i verste tilfelle dødfødt barn.

Derimot sier teorien fra Holan og Hagtvedt (2010) at det ufødte barnet tar den næringen det har behov for, selv om mors ernæringsstatus kan være dårlig. Ved å informere mor og pårørende om denne informasjonen fra Holan og Hagtvedt (2010), kan det betrygge og redusere deres bekymringer i forhold til deres ufødte barn. Vi ser at det er lite fokus på det ufødte barnet i både pensumlitteratur og i forskning. Kvinner kunne også utvikle en frykt for en ny graviditet og sex – for de fryktet at de kom til å få HG igjen. Dette kunne skape problemer innenfor ekteskapet/forholdet, og for flere av kvinnene resulterte tilstanden i skilsmisse. Adopsjon og surrogatmor ble benyttet av flere par for å nå sine mål for familien (Poursharif et al. 2008) Rådgivning for paret som har gjennomgått et svangerskap med HG kan være noe sykepleier kan opprette, for å bidra til ett bedre forhold mellom dem, da HG er en stor psykisk belastning for både kvinnen og hennes partner.

Det er ikke funnet forskning som sier at en kvinne som har hatt HG i ett svangerskap, har noe mer sannsynlighet å få det i neste svangerskap, så dette kan sykepleier bruke for å berolige både kvinnen og hennes partner/ektefelle med tanke på ønske om flere barn senere.

5.2.5 Pårørende til kvinner med HG

Ifølge Lamondy (2006) så har de fleste av kvinnene som blir innlagt på grunn av HG pårørende som ønsker å hjelpe til, og de ønsker informasjon om hvordan deres kjæreste/samboer/ektefelle har det og hva de kan gjøre for bedre situasjonen. En av de mange viktige oppgavene til en sykepleier er derfor å informere og undervise, og det er

derfor viktig for sykepleieren å vite hvordan man håndterer og underviser pårørende i slike situasjoner (Tveiten 2008). Forskningsstudie av nyere dato (Munch et al. 2011) viser at behovet for at helsepersonell gir informasjon og underviser om svangerskapskvalme til familie, venner og ansatte som er rundt kvinnen, er tilstede. Dette er viktig for at personene rundt kvinnen kan gi den emosjonelle og praktiske støtten som er nødvendig for å minske noe av byrden hos kvinner med svangerskapskvalme og HG. Det vil være viktig å belyse og informere pårørende og/eller ektefelle at nyere funn og forskning viser at fysiske og psykiske symptomene ved svangerskapskvalme kan være påvirket av kvaliteten på støtten fra kvinnens pårørende og/eller ektefelle (Munch et al. 2011). Det er kjent allmennkunnskap at ved sykdom kan det være at pasienten får mindre tid eller mulighet til å innfri de rollene som er viktig for henne, som for eksempel å være mor, kone eller arbeidstaker (Reitan 2010). Funn fra flere studier gir likevel tydelige svar på at kunnskapen om HG hos personer rundt kvinner med HG er urovekkende lavt, og bare konstaterer hvor viktig det er å undervise og gi informasjon til kvinnens nærmeste pårørende. Funnene gjør at behovet for informasjon til både pasientene og pårørende tydeligere da funnene viser at forventningene som ektefellen, nærmeste pårørende og arbeidsgiver setter til kvinner med HG er urealistiske høye. Det ble forventet at kvinnen skulle fortsette med sine roller som kone, mor, husmor og ansatt. Resultatene viser at det er umulig for kvinnen med HG å gjøre daglige gjøremål grunnet sin tilstand (Power, Thompson og Waterman 2010 og Munch 2002).

Informasjon til både pårørende og pasienter er noe sykepleiere ser daglig i både praksis og jobb. Dette er en svært viktig oppgave, og vi har en plikt til å informere etter pasientens ønsker, spesielt i situasjoner der pasienter ikke har mulighet eller energi til å gjøre dette selv (www.lovdata.no). Å tilby et informasjonsmøte/undervisning til både kvinnen, kvinnens nærmeste familie og venner kan være et viktig tiltak sykepleier kan gjøre både i sengeposten og i poliklinikken. Dette for å øke kunnskapen om HG til kvinnens nærmeste, slik at de bedre kan forstå hvilken situasjon kvinnen er i og være til bedre støtte for kvinnen.

Pasienten kan mestre bedre måten å forholde seg på til sin nye situasjon og dens følger hvis hun tilegner seg ny kunnskap om ferdigheter i forhold til sine forandringer (Tveiten 2008). En forutsetning for at pasienten skal forstå informasjonen han blir gitt, er at informasjonen er saklig og gitt på en måte som er lett å forstå uten unødvendige og

uforståelige faguttrykk. Sykepleier må sette av god tid til en samtale med pasienten, der hun forklarer situasjonen samt gir skriftlig informasjon. Dette kan øke tryggheten hos pasienten, minske angst og bidra til å at pasienten tar ansvar for å følge opp behandlingen (Dahl, Heggdal og Standal 2005).

6.0 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke hva sykepleiere kan bidra med, for å bedre opplevelsen til kvinner med hyperemesis gravidarum.

Ett av våre hovedfunn var at kvinner med hyperemesis gravidarum opplevde at symptomene på tilstanden er så krevende og oppslukende at de mister kontrollen over livet. Dette innebar at kvinnene kunne bli deprimerte, miste lysten på flere graviditeter i fare for å få hyperemesis gravidarum igjen og i verste fall ha selvmordstanker.

Da de kom på sykehus følte de at helsepersonellet ikke tok dem og tilstanden på alvor, og at helsepersonellet mente at tilstanden var forårsaket av kvinnen selv. Kvinnene følte at både helsepersonell og pårørende ikke trodde på dem, selv om kvinnene ga uttrykk for at det de opplevde ikke var normalt. Videre ble det erfart at når helsepersonellet og kvinnene hadde samme oppfatning om at årsaken til hyperemesis gravidarum var fysisk betinget, styrket dette forholdet mellom dem, tilstanden ble tatt på alvor og behandlingen fikk ett nytt fokus. Forskningslitteraturen viser at behandlingen for hyperemesis gravidarum har vært stabil, der intravenøs væskebehandling, antihistaminer og kvalmestillende er de vanligste formene for behandling. Interessen for å bruke ingefær og akupunktur som behandling, har økt da det har vist å ha lindrende effekt på kvalme og oppkast. Forskning viser at akupunktur hittil ikke har noen kjente bivirkninger på verken mor eller det ufødte barnet.

Funn fra studien viser også at hyperemesis gravidarum ikke bare er en tilstand som berører kvinnen fysisk og psykisk, men at tilstanden også har innvirkning på familien og kvinnens situasjon vedrørende økonomi og arbeid. Derfor er det viktig for sykepleiere å informere og veilede pårørende angående kvinnens tilstand, behov og ønsker. Dette har vist seg å være viktig for at familien skal kunne minske noe av kvinnens byrde ved å ha hyperemesis gravidarum. At familien har bedre innsikt i kvinnens tilstand og behov, kan være til støtte for kvinnen. Samtale med både kvinnen alene og hennes familie, samt tilbud om egnede støttegrupper har vist seg å være et positivt tiltak for både kvinnen og familien som en enhet.

For sykepleiere ute i praksis kan disse funnene føre til at oppmerksomheten rundt opplevelsen til pasienter generelt, bedres. Vi håper derfor at denne studien setter et lys på viktigheten med å tro på pasientens egne opplevelser, og at denne tilstanden tilegnes mer

fokus både i faglitteratur og i videre forskning, for at sykepleiere skal få bedre kunnskap om denne alvorlige tilstanden.

7.0 Referanseliste

Bøker

- Dahl, Kari, Kristin Heggdal og Sølvi Standal 2005. *Sykepleiedokumentasjon*. Kapittel i Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. 2005. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, Olav. 2004. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt. 2010. *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo. Universitetsforlaget AS.
- Mæland, John Gunnar. 2005. *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. 2. utg. Oslo. Universitetsforlaget.
- Nordtvedt, Monica W., Brigitte Graverholt, Gro Jamtvedt og Liv Merete Reinart. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo. Norsk sykepleierforbund.
- Reitan, Anne Marie. 2010. *Sykepleieboken 2. Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo. Akribe AS
- Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen. Fagbokforlaget
- Ulvund, Ingeborg. 2008. *Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser*. Kapittel i Knutstad, Unni. 2008. *Sykepleieboken 3. Klinisk sykepleie*. Oslo. Akribe AS.

Artikler

- Carlsson P.O. Christer, Pia Axemo, Anita Bodin, Hanne Carstensen, Birgitta Ehrenroth, Ingalill Madegård-Lind og Christina Navander. 2000. *Manual acupuncture reduces Hyperemesis Gravidarum: a placebo controlled, randomized, single-blind, crossover study*. Journal of Pain and Symptom management, vol. 20:273-279
- Ensiyeh J., MA. Sakineh. 2009. *Comparing ginger and vitamin B6 for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy; a randomized controlled trial*. Midwifery. vol. 25: 649-653
- Folk, John J., Heather F.M., Leslie Brown, John T. Nosovitch, Robert K Silverman og Richard H. Aubry. 2001. *Hyperemesis Gravidarum Outcomes and Complications With and Without Total Parenteral Nutrition*. Journal of Reproductive Medicine

- Goodwin, T Murphy, Borzouyeh Poursharif, Lisa M. Korst, Kimber W. MacGibbon, Roberto Romero og Malena S. Fejzo. 2008. *Secular Trends in the Treatment of Hyperemesis Gravidarum*. American Journal of Perinatology, vol. 25:141-7
- Holmgren, Calla, Kjersti M. Aagard-Tillery, Robert M. Silver, T. Flint Porter og Michael Varner. 2008. *Hyperemesis in pregnancy: An evaluation of treatment strategies with maternal and neonatal outcomes*. American Journal of Obstetrics & Gynecology.
- Lamondy, Anne M. 2006. *Hyperemesis Gravidarum and the Role of Infusion Nurse*. Journal of Infusion Nursing vol. 29:89-100
- Munch, Shari og Mark F. Schmitz. 2005. *Hyperemesis gravidarum and patient satisfaction: A path model of patient's perceptions of the patient-physician relationship*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. vol. 27: 49-57
- Munch, Shari. 2002. *Women's Experiences with a Pregnancy Complication: Causal Explanations of Hyperemesis Gravidarum*. Social Work in Health Care. vol. 36
- Munch, Shari. 2000. *A Qualitative Analysis of Physician Humanism: Women's Experiences with Hyperemesis Gravidarum*. Journal of Perinatology. vol. 20:540-547
- Munch, Shari, L.M. Korst, G.D. Hernandez, R. Romero og T. M. Goodwin. 2011. *Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context*. Journal of Perinatology. Vol. 31:10-20
- Peng C. Tan og Omar Siti Z. 2011. *Contemporary approaches to hyperemesis during pregnancy*. Obstetrics and Gynecology vol. 23:1-7
- Poursharif, B, L.M. Korst, M.S. Fejzo, K.W. MacGibbon, R. Romero og T.M. Goodwin. 2008. *The psychosocial burden of hyperemesis gravidarum*. Journal of Perinatology. Vol. 28:176-181
- Power Zoë, Ann M. Thompson og Heather Waterman. 2010. *Understanding the Stigma of Hyperemesis Gravidarum: Qualitative Findings from an Action Research Study*. Birth. vol. 37
- Sandven I., M. Abdelnoor, BI. Nesheim og KK. Melby. 2009. *Helicobacter pylori infection and hyperemesis gravidarum: a systematic review and meta-analysis of case control studies*. Acta Obstet Gynecol Scand. vol. 88:1190-1200
- Shobert, Jennifer. 2010. *Hyperemesis Gravidarum: A Pharmacy of Treatments*. Supportline vol. 32:21-26

Verberg, MF, Gillot DJ, Al-Fardan og Grudzinskas JG. 2005. *Hyperemesis Gravidarum a literature review*. Human reproduction update. 11:527-539

Vikanes, Åse, Rolv Skjærven, Andrej M. Grjibovski, Nina Gunnes, Siri Vangen og Per Magnus. 2010. *Recurrence of hyperemesis gravidarum across generations: population based cohort study*. BMJ

Undervisningsmateriale

Julnes, Signe og Cecilie Grønvik. 2010. Kritisk vurdering og kvalitetsvurdering av kvantitative forskningsartikler. PowerPoint.
Høgskolen i Molde

Elektroniske kilder

Høgskolen i Molde 2005-2009. Tema: Kilder og referanser

http://kvalitet.himolde.no/KS_TJI402 (Lest 19.03.2011)

Kunnskapsbasert praksis 2010. Tema: Systematisk oversikt

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=79> (Lest: 03.05.2011)

Nasjonalt Kunnskapssenter 2011. Tema: Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler

<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms> (Lest:)

NAV 2011. Tema: Svangerskap, fødsel og adopsjon.

<http://www.nav.no/Familie/Svangerskap,+f%C3%B8dsel+og+adopsjon/Svangerskapsenger> (Lest 01.05.2011)

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2009. Tema: Publiseringskanaler

(1) <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/hjelp.do#niva> (Lest 19.03.2011)

(2) <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest 19.03.2011)

Lover og offentlige publikasjoner

Kunnskapsdepartementet. 2010. *SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie 15 sp*. Rammeplan for sykepleierutdanning. Molde: Kunnskapsdepartementet

Pasientrettighetsloven. 2001. *Lov av 7.februar 1999 §3-2 Pasientens rett til informasjon* www.lovdatab.no (lest: 01.05.2011).

VEDLEGG

Vedlegg 1 - Oversiktstabell over søkehistorie

Vedlegg 2 - Oversiktstabell over inkluderte artikler

For fullstendige sjekklister for kvalitetsbedømming fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten se <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>

Vedlegg 1 - oversiktstabell over søkehistorie

Database	Dato	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
OVID Medline + PsychInfo	25/1	1	Hyperemesis Gravidarum	1331			
		2	Support\$	6127604			
		3	Psych\$	1191568			
		4	2 or 3	6953598			
		5	1 and 4	315	21	9	7
ProQuest	25/1	1	Hyperemesis Gravidarum	152			
		2	Nausea	14061			
		3	1 and 2	53	8	4	1
OVID Medline	31/1	1	Hyperemesis Gravidarum	1310			
		2	Treat\$	3122956			
		3	1 and 2	371	9	4	1
OVID Medline	31/1	1	Hyperemesis Gravidarum	1310			
		2	Acupuncture	14245			
		3	Alternativ\$	287797			
		4	2 or 3	300847			
		5	1 and 4	58	4	2	1

Vedlegg 2 - oversiktstabell over inkluderte artikler

Nr.	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
1.	<p>Forfattere: Carlsson P.O. Christer, Pia Axemo, Anita Bodin, Hanne Carstensen, Birgitta Ehrenroth, Ingalill Madegård-Lind og Christina Navander År: 2000 Land: Sverige Tidsskrift: Journal of Pain and Symptom management, Oktober 2000; 20:273-279</p>	<p>Manual acupuncture reduces Hyperemesis Gravidarum: a placebo controlled, randomized, single-blind, crossover study.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å se om akupunktur, i tillegg til standard behandling, kan fremskynde forbedring av Hyperemesis Gravidarum.</p>	<p>Kvantitativ studie – RCT Crossover studie.</p> <p>31 pasienter med Hyperemesis Gravidarum har tilfeldig blitt delt inn i to grupper (A og B). Studien gikk over 8 dager, der begge gruppene fikk testet akupunktur og placeboakupunktur. Pasientene vurderte daglig graden av kvalme gjennom visuell analog skala (VAS). Pasientene ble blindet i forhold til hva slags behandling de fikk.</p>	<p>Deltagere: 72 Frafall: 39 Totalt: 33 pasienter med i undersøkelsen.</p>	<p>- Crossover analyser viste at det var en betydelig raskere reduksjon av kvalme (VAS) og flere kvinner som sluttet og kaste opp etter aktiv akupunktur enn etter placebo akupunktur. Denne studien tyder på at aktiv PC6 akupunktur, i kombinasjon med standard behandling, kan gjøre kvinner med HG bedre raskere enn placebo akupunktur.</p>	<p>91 % = Meget god kvalitet</p>

Nr.	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
2.	Forfattere: Folk, John J., Heather F.M., Leslie Brown, John T. Nosovitch, Robert K Silverman og Richard H. Aubry. År: 2001 Land: USA Tidsskrift: Journal of Reproductive Medicine	Hyperemesis Gravidarum Outcomes and Complications With and Without Total Parenteral Nutrition	Hensikten med denne studien var å evaluere og sammenligne utfall og eventuelle komplikasjoner i grupper som ble behandlet med total parenteral ernæring (Total parenteral nutrition - TPN) og gruppen som ikke ble behandlet med TPN.	Effektstudie / observasjonsstudie Journalene til kvinner med diagnosen Hyperemesis Gravidarum som var innlagte ved Crouse Hospital i Syracuse fra 1995 til 1998 ble gjennomgått med ved bruk av et ”retrospektiv chart review”, og ble brukt som bakgrunn for studien.	Deltagere: 166 Frafall: 0	Denne studien konkluderte med gruppen kvinner som hadde fått TPN som behandlingsmetode hadde en signifikant økning i alvorlige komplikasjoner direkte relatert til bruken av TPN. Funnene fra studien viser at behandlere må ha en stor forsiktighet ved bruk av TPN, og en klar håndteringsplan for TPN bør benyttes. Andre behandlingsmetoder bør benyttes før TPN blir benyttet grunnet stor risiko for alvorlige komplikasjoner.	62,5 % = Lav kvalitet

Nr.	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
3.	Forfattere: Goodwin, T Murphy, Borzouyeh Poursharif, Lisa M. Korst, Kimber W. MacGibbon, Roberto Romero og Malena S. Fejzo År: 2008 Land: USA Tidsskrift: American Journal of Perinatology, 25(3):141-7	Secular Trends in the Treatment of Hyperemesis Gravidarum	Hensikten med denne studien var å beskrive behandlingen av kvinner med Hyperemesis Gravidarum.	Kohort Spørreundersøkelse som ble gjennomført mellom 2003-2005 på internett; laget av "The nonprofit Hyperemesis Education and Research (HER)Foundation", for kvinner med HG som har opplevd minst 27 ukers graviditet mellom 1985-2004.	Deltagere:765 Frafall: 0	- I løpet av de to siste tiårene var I.V. hydrering og antihistaminer (allergimedisin) de meste brukte behandlingsmetoder, med bruk i 6 av 10 svangerskap. Sengeleie, alternative tilnærminger, endringer i kost, serotoninhemmere og vitaminer var de andre mest hyppige behandlingene.	76 % = God kvalitet

Nr .	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
4.	Forfattere: Holmgren, Calla, Kjersti M. Aagard-Tillery, Robert M. Silver, T. Flint Porter og Michael Varner. År: 2008 Land: USA Tidsskrift: American Journal of Obstetrics & Gynecology	Hyperemesis in pregnancy: An evaluation of treatment strategies with maternal and neonatal outcomes.	Hensikten med studien var å evaluere bruken av behandlingsalternativene PICC line (kateter satt inn i en perifer vene som ender i en sentral vene nær hjertet for å tilføre kroppen væske, medikamenter og ernæring), nasogastrisk- og nasoduodenal sonde.	Effektstudie/ observasjonsstudie Sykehusinnlagte kvinners journaler fra 1998-2004 ble lest gjennom for å samle informasjon til studien. Pasientene ble valgt til studien basert på behandlingsplanen som hadde blitt gjennomført.	Deltagere: 129 Frafall: 35 Totalt: 94	Behandlingen med PICC line hadde større prosentdel av komplikasjoner enn de andre behandlingsalternativene. Som for eksempel sepsis og trombose. Studien viste at det var flere av spedbarna ble innlagt ved pediatrik intensivavdeling (Neonatal intensive care unit - NICU) i gruppen der mødrene fikk PICC line behandling enn i de andre behandlingsgruppene. Studiens konklusjon er at PICC line ikke bør inngå som en rutinebehandlingsmetode, og bør helst unngås hvis mulig.	75 % = God kvalitet

Nr	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
5.	<p>Forfattere: Munch, Shari og Mark F. Schmitz År: 2005 Land: USA Tidsskrift: Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, Mars 2006; 27(1): 49-57</p>	<p>Hyperemesis gravidarum and patient satisfaction: A path model of patient's perceptions of the patient-physician relationship.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke forholdet mellom pasientenes oppfatning av pasient-lege forholdet, og pasientenes tilfredshet med den helhetlige medisinske behandlingen som ble mottatt fra deres lege og helsepersonell for behandlingen av HG.</p>	<p>Kvalitativ metode. Studien ble gjennomført ved bruk av semi-strukturert telefonintervju av kvinner som har vært innlagt med HG minimum en gang ved et sykehus i USA som har høgrisiko obstetrikk og intensiv prematurbehandling. Studien varte fra januar 1993 – april 1997.</p>	<p>Deltagere: 163 kvinner med HG Frafall: 67 Totalt: 96 pasienter med i undersøkelsen</p>	<p>- Lengre forhold mellom pasient og helsepersonell bedrer forståelsen av HG, og bidrar til at pasientene føler de blir forstått og at HG blir godkjent som en sykdom som ikke er forårsaket av pasientene selv, eller en psykisk tilstand. - Pasientene er mer tilfredse med deres leger/helsepersonell hvis de deler det samme synet på årsak til HG.</p>	<p>80 % = Meget god kvalitet</p>

Nr .	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
6.	Forfattere: Munch, Shari År: 2002 Land: USA Tidsskrift: Social Work in Health Care, vol. 36(1) 2002	Women's Experiences with a Pregnancy Complication: Causal Explanations of Hyperemesis Gravidarum	Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners opplevelse av å ha hatt Hyperemesis Gravidarum, og deres oppfatning av årsaken til HG.	Kvalitativ metode. Studien ble gjennomført ved bruk av semi-strukturert telefonintervju av kvinner som har vært innlagt med HG minimum en gang ved et sykehus i USA som har høyrisiko obstetrik og intensiv prematurbehandling. Studien varte fra januar 1993 – april 1997.	Deltagere: 163 kvinner med HG Frafall: 67 Totalt: 96 pasienter med i undersøkelsen	- Majoriteten av deltagerne mente årsaken til HG var fysisk; som f.eks. hormonforandringer. - De mente at HG var en årsak til stress – og ikke omvendt. Og det var svært hjelpsomt at helsepersonellet delte denne troen. - HG påvirket hele livet til pasientene som: mistet lønn og arbeid, manglende evne til å ta vare på seg selv og husarbeid - Støttegrupper for kvinner med HG og profesjonell rådgivning var nyttig - Var stor frustrasjon og sinne hos pasientene når helsepersonell antydte av HG var forårsaket av psykisk sykdom hos pasientene	70 % = God kvalitet

Nr.	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
7.	Forfattere: Munch, Shari År: 2000 Land: USA Tidsskrift: Journal of Perinatology, 2000; 20:540-547	A Qualitative Analysis of Physician Humanism: Women's Experiences with Hyperemesis Gravidarum.	Hensikten med denne studien var å utforske den humane kvaliteten til leger og helsepersonell, og viktigheten av den i forhold til kvinner som har erfart HG og hvordan det bidrar til tilfredshet hos pasientene.	Kvalitativ metode. Studien ble gjennomført ved bruk av semi-strukturert telefonintervju av kvinner som har vært innlagt med HG minimum en gang ved et sykehus i USA som har høyrisiko obstetrikk og intensiv prematurbehandling. Studien varte fra januar 1993 – april 1997.	Deltagere: 96 Frafall: 0	- Pasientenes tilfredshet var knyttet til kvinners oppfatninger om at leger og helsepersonell trodde på deres symptomer. - Oppfatningen av å bli trodd av leger og annet helsepersonell var viktig i forhold til følelsen av at deres sykdom var ekte - Opplevd forsinkelser i diagnostisering og/eller behandling ble sett på som bidrag til unødvendig forverring av sykdommen, sykehusinnleggelse, økt emosjonell belastning og psykologisk stress.	75 % = God kvalitet

Nr.	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
8.	<p>Forfattere: Munch, Shari, L.M. Korst, G.D. Hernandez, R. Romero og T. M. Goodwin År: 2011 Land: USA Tidsskrift: Journal of Perinatology, Januar 2001; volum 31, 10-20</p>	<p>Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å teste om kvinner med HG scoret lavere helserelatert livskvalitetsverdier (HRQoL) sammenlignet med de med kvalme og oppkast i svangerskapet (NVP).</p>	<p>Kvantitativ studie – prevalens.</p> <p>Kvinner med HG eller NVP ble undersøkt i løpet av første trimester. Forskjellige modeller identifiserte tegn hos kvinner med risiko for lav livskvalitet, målt ved en NVP- spesifikk livskvalitet test og en generell livskvalitet test; Short Form (SF) – 36.</p>	<p>Deltagere: 96 Frafall: 35 Total: 61 pasienter med i undersøkelsen.</p>	<p>Selv om SF-36 vurderingen differensierte mellom de to gruppene (HG og NVP) viste NVP spesifikk test at kvinner med HG var 3-6 ganger mer sannsynlig å ha lavere livskvalitet enn kvinner med NVP.</p> <p>Begge viste at oppfattede fysiske symptomer og flere psykososiale symptomer, som depresjon og ekteskapelig status, syntes å være like eller mer viktigere enn å ha HG.</p>	<p>72 % = God kvalitet</p>

Nr.	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
9.	<p>Forfattere: Poursharif, B, L.M. Korst, M.S. Fejzo, K.W. MacGibbon, R. Romero og T.M. Goodwin. År: 2008 Land: USA Tidsskrift: Journal of Perinatology, 2008; vol 28, 176-181</p>	<p>The psychosocial burden of hyperemesis gravidarum.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive den psykososiale byrden av å ha HG i en stor kohortstudie av berørte kvinner, med fokus på tidligere rapporterte problemer.</p>	<p>Kvantitativ prevalensstudie. Kvinner med HG beskrev sin graviditetshistorie i en åpen undersøkelse administrert internasjonalt gjennom en HG nettside i 2003 til 2005.</p>	<p>Deltagere: 808 Frafall: 0</p>	<p>Ett stort flertall (82,8%) rapporterte av HG forårsaket negative psykososiale endringer, bestående av (1) sosioøkonomiske endringer, for eksempel jobbtap eller problemer, (2) holdningsendringer blant annet frykt om fremtidig svangerskap og (3) psykiatriske følgetilstander for eksempel, følelser av depresjon og angst, som for noen fortsatte postpartum. Kvinner som rapporterte at deres helsepersonell var kald eller ikke klar over alvorlighetsgraden av symptomene hadde nesten dobbelt så stor sjanse til å rapportere psykiatriske følgetilstander.</p>	<p>72 % = God kvalitet.</p>

Nr.	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
10.	Forfattere: Power Zoë, Ann M. Thompson og Heather Waterman. År: 2010 Land: UK Tidsskrift: Birth, september 2010; volum 37: 3	Understanding the Stigma of Hyperemesis Gravidarum: Qualitative Findings from an Action Research Study.	Hensikten med denne studien var å beskrive opplevelsen av Hyperemesis Gravidarum fra perspektivet til berørte kvinner og å utforske med helsepersonell og tilretteleggere, barrierene og omsorgen for kvinner med tilstanden.	Kvalitativ metode. I alt 18 kvinner innlagt ved gynekologisk avdeling ble intervjuet hvorav 8 hadde 2 eller flere intervjuer. 7 fokusgrupper ble gjennomført med helsepersonell tematiske dataanalyser ble gjennomført.	Deltagere: 18 Frafall: 0	De viktigste temaene som kommer ut fra kvinnenes data var effekten av byrden og symptomene på tilstanden og følelsen av upopularitet med personalet. Fra praktiserende data var de viktigste temaene gyldigheten (eller ugyldighet) av sykehusinnleggelse for kvinner, skepsis av alvorlighetsgraden av symptomene, de psykologiske og sosiale dimensjonene av tilstanden, og utilstrekkelig primærhelsetjenester.	100 % = Meget god kvalitet.